

Primes 2012
Ne passez pas à la caisse les yeux fermés

Un bon consommateur est un consommateur... informé. Cette maxime, loin d'être de tout repos, s'applique tout particulièrement au domaine des assurances-maladie. Chaque automne depuis quinze ans, c'est la même rengaine: les assurés voient inexorablement grimper les dépenses consacrées à leur budget santé. Ainsi, en 1996, date de l'entrée en vigueur de la LAMal, le montant payé par un adulte équivalait à 173 francs. L'an prochain, il s'élèvera à 382 francs, soit, au total, un bond de plus de 120%! Une bonne nouvelle toutefois: en 2012, avec une moyenne helvétique de +2,2%, la hausse des primes se révèle relativement modeste.

De quoi s'épargner, pour une fois, des migraines en épluchant son courrier? Hélas, non. Tout le monde n'a pas la chance de figurer dans le haut du panier des statistiques fédérales, qui se basent uniquement sur une franchise ordinaire de 300 francs pour un adulte. Comme à l'accoutumée, les inégalités restent criantes selon les cantons, voire même les localités, et les âges; la facture pour les jeunes adultes de 18 à 25 ans étant particulièrement salée. Et si les assureurs font preuve d'une certaine modération, notons que cette accalmie s'était déjà produite en 2007, alors que l'initiative pour la caisse unique battait son plein. Point commun avec 2012? La récolte des signatures pour la caisse publique, qui prendra fin en juillet prochain, initiative soutenue par la FRC, tout comme celle des médecins genevois.

En attendant un changement durable, les assurés n'ont guère d'autre choix que de se renseigner, de comparer et enfin d'agir. Pour ce faire, le dossier de ce *FRC Magazine* consacré aux primes maladie met en lumière les modèles dits «alternatifs» qui, s'ils font partie des assurances fortement touchées par les augmentations de prix, restent toujours entre 5% à 20% moins chers auprès du même assureur. Bien moins connues en Suisse romande qu'outre Sarine, ces formules, qui passent notamment par un médecin de famille, un réseau de soins ou du télé-conseil, comprennent aussi de nombreuses restrictions expliquées dans la cinquantaine de fiches pratiques fournies par la FRC. Autre outil: le comparateur de l'OFSP (Priminfo.ch), récemment mis en ligne. La santé n'a pas de prix, certes, mais mieux vaut ne pas passer à la caisse les yeux fermés!

Elisabeth Kim



IMPRESSUM

ÉDITEUR
Fédération romande des consommateurs

PRÉSIDENTE
Monika Dusong

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Mathieu Fleury

RÉDACTRICE EN CHEF
Elisabeth Kim

RÉDACTION
Florence Bettschart
Aline Clerc
Nadine Frossard
Laurence Julliard
Huma Khamis
Valérie Legrand-Germanier
Valérie Muster
Anne Onidi
Barbara Pfenniger
Nadia Thiongane

CONCEPTION ET RÉALISATION GRAPHIQUE
ADN Graphik Sàrl
Martin Nieva

PHOTO
Sedrik Nemeth
Francesca Palazzi

ILLUSTRATIONS
François Maret

MARKETING
Sandra Visinand

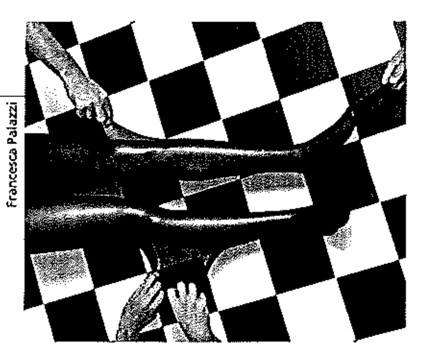
COTISATION-ABONNEMENT
60 fr. par an (10 numéros),
110 fr. pour 2 ans (20 numéros)
80 fr. par an à l'étranger
90 fr. abo de soutien à la FRC
(160 fr. pour 2 ans)

ADRESSE RÉDACTION
www.frc.ch, info@frc.ch
CP 6151, rue de Genève 17,
1002 Lausanne
Tél. 021 331 00 90 Fax 021 331 00 91

ASSOCIATION
Indépendante et sans publicité depuis plus de 50 ans, la FRC réalise des tests seule ou en partenariat avec ses homologues européens. Elle est membre de l'ICRT (International Consumer Research and Testing) et du BEUC (Bureau Européen des Unions de consommateurs)

IMPRESSION
Swissprinters Lausanne SA, sur papier certifié FSC (respectant l'environnement, blanchi sans chlore), 30000 exemplaires

SOMMAIRE

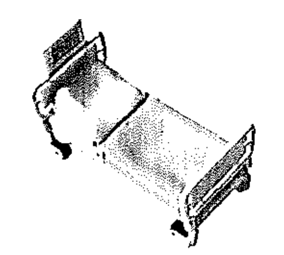

Francesca Palazzi

Primes 2012 Elles vous d

Si vous ne faites pas partie des heureux assurés ne subissant «que» 2,2%

L'heure semble être au satisfecit général: de mémoire de LAMal (Loi sur l'assurance-maladie), rarement la hausse des primes ne sera aussi peu élevée, soit 2,2% en moyenne helvétique (8fr.20 par mois) en 2012. Cette nouvelle réjouissante ne doit toutefois pas cacher certaines réalités. Ainsi, la hausse des primes sera plus importante, parfois plus de 10%, pour les jeunes adultes ainsi que pour les assurés ayant opté pour un modèle alternatif. Et derrière cette moyenne nationale calculée uniquement sur les primes adulte avec franchise à 300 francs se cache une multitude de situations: les Neuchâtelois, par exemple, verront leur facture augmenter de 1,4% en moyenne, contre 4,4% pour les Fribourgeois. Voire beaucoup plus, selon Comparis, qui estime que la hausse des primes bondit en réalité de

Modèles alternatifs Anges ou démons?



Pour ne pas gonfler exagérément le budget santé, il existe des parades.

DOSSIER RÉALISÉ PAR
VALÉRIE LEGRAND-GERMANIER ET VALÉRIE MUSTER

Le moyen pour économiser sur les primes est d'opter pour un modèle économique appelé «alternatif». Vous bénéficiez des mêmes prestations que dans le modèle traditionnel et vous payez moins. En contrepartie, le choix des dispensateurs de soins est limité, parfois drastiquement.

Toutefois, avant de vous laisser séduire par le modèle le moins cher, assurez-vous que les limitations inscrites dans les conditions d'assurance sont acceptables. En effet, les conséquences d'un non-respect des restrictions, parfois fort nombreuses, peuvent être financièrement lourdes. Chaque produit est différent.

La FRC et Pro Senectute Vaud, en partenariat avec le canton de Vaud, ont passé au crible tous les modèles alternatifs proposés en Suisse romande. Les résultats de ces comparatifs ont été compilés sous forme de fiches (voir en page 8). Elles sont disponibles au format électronique via Frc.ch ou en version papier sur demande à notre Permanence Conseil.

LES PRINCIPAUX MODÈLES ALTERNATIFS

LE MÉDECIN DE FAMILLE (MF) L'assuré s'engage à consulter toujours, en premier lieu, son médecin de famille s'il est malade. Le choix de ce dernier se fait généralement parmi ceux qui figurent dans une liste établie par la caisse.

LE RÉSEAU DE SOINS (HMO) Ce réseau est composé de médecins (généralistes et/ou spécialistes) et parfois de thérapeutes réunis dans un cabinet de groupe.

LA TÉLÉMEDÉCINE (TEL) Lorsqu'un problème de santé survient, l'assuré doit appeler un centre de conseil médical avant d'aller chez le médecin.

LES AUTRES MODÈLES Ils sont plus rares, notamment celui qui prévoit une limitation du choix de la pharmacie (PHA), ou avec bonus (la prime est réduite au prorata de toutes les années où vous ne demandez aucun remboursement).

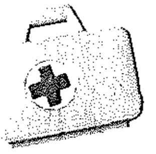
MANAGED CARE, OU RÉSEAUX DE SOINS INTÉGRÉS Si ces derniers devaient être acceptés, malgré l'annonce de référendum faite par les organisations de médecins, l'assuré devra s'acquitter d'une quote-part de 10%, au maximum 500 francs par an, contre respectivement 15% et 1000 francs pour celui qui ne veut pas les intégrer. L'assuré habitant une région sans réseau verra sa situation actuelle perdurer. Actuellement, le seul pouvant se définir comme un réseau de soins intégrés est le réseau Delta (HMO), présent dans les cantons de Genève et de Vaud.

LA PROCÉDURE À SUIVRE

L'assuré choisit un médecin de premier recours (MPR) et s'engage à le consulter pour tous les traitements et examens, à moins d'être renvoyé par lui à des tiers. Les exceptions sont les cas d'urgence, les visites chez le gynécologue et l'ophtalmologue et, plus rarement, le pédiatre. D'autres dérogations peuvent être prévues suivant le modèle.

1ère ÉTAPE Le contact préliminaire se fait via le médecin de premier recours (MPR), qui peut être, selon le modèle, un médecin de famille (MF) ou un réseau de soins (HMO) préalable-





ɔriment. Suivez le guide

ıausse en 2012, la recette reste encore et toujours la même: comparer les offres.

3,6%. A l'intérieur de chaque canton, les différences, à modèle et franchise égaux, peuvent atteindre plusieurs milliers de francs par an. Face à cette tendance haussière lourde, la FRC vous informe et vous défend. En vous proposant des conseils pour optimiser votre assurance de base. Il vaut donc la peine de comparer et de s'informer sur les modèles alternatifs, que nous avons épluchés pour vous. Le comparateur indépendant et gratuit de l'OFSP, Priminfo.ch, permet de trier les caisses par prime la moins chère et de demander une offre à tous les assureurs. La FRC se bat également pour un système d'assurance-maladie rationnel, efficace et respectueux des assurés à travers les initiatives pour une caisse publique et des médecins genevois pour la transparence de l'assurance-maladie

V. L.-G.

Francesca Palazzi

ment choisi, parfois librement, parfois dans une liste établie par la caisse. Il peut aussi se faire via un appel téléphonique à une centrale de télémédecine (modèle par téléphone).

2ᵉ ÉTAPE Le MPR vous donnera son accord pour aller consulter un spécialiste ou un thérapeute que vous choisirez librement ou non en fonction de votre modèle. Pour ce faire, le MPR remplira un avis de délégation que vous devrez transmettre parfois dans des délais relativement courts à votre caisse. Dans certains modèles téléphoniques, vous n'êtes pas tenu de suivre l'avis donné, celui-ci étant uniquement consultatif.

3ᵉ ÉTAPE En principe, il n'est pas permis à l'assuré de changer de modèle en cours d'année, sauf déménagement ou séjour prolongé à l'étranger. En revanche, la majorité des modèles permettent au moins une fois dans l'année de changer de médecin de famille, pour autant que la caisse en soit informée et que le nouveau médecin soit admis par celle-ci. A la fin de l'année, même si les conditions prévoient un délai de préavis supérieur à un mois, il vous est toujours possible de changer de caisse et de modèle selon les mêmes procédures que pour le modèle standard, soit en résiliant avant le 30 novembre.

V. M.

Décryptage 50 fiches-types pour y voir clair. Exemple

Données de base concernant le produit et liens permettant d'y accéder directement.

PROFIL DU PRODUIT			
NOM DU PRODUIT	Basic Plus		
ASSUREURS CONCERNÉS	Avenir, Philos, Easy Sana, Mutuel assurances		
GROUPE D'ASSURANCE	Groupe Mutuel		
CANTONS CONCERNÉS	NE, VD, BE		
CATÉGORIE	HMO		
LIEN SUR DESCRIPTIF	URL pour accès direct au descriptif		
LIEN SUR CONDITIONS	URL pour accès direct aux conditions		
CONDITIONS ÉTAT AU	Janvier 2012		
AUTRE LIEN	URL pour accès direct à la liste des médecins		

Présentation de toutes les limitations relatives au libre choix du médecin ou autre prestataire concernant le produit et liens permettant d'y accéder directement.

CHOIX DU PRESTATAIRE			
CONTACT DE 1er RECOURS	Médecin 1er recours (MPR)	Art. 2.1	
CHOIX DU MPR*	Liste restreinte pour VD et NE	Art. 5.1	(!)
LIEN SUR LISTE MPR*	URL pour accès direct à la liste MPR		
CHOIX 2e PRESTATAIRE	Restrictions possibles	Art. 5.3	(!)
LIEN LISTE 2e RECOURS	URL pour accès direct à la liste des spécialistes		
AVIS SI HOSPITALISATION	Oui	Art. 7	(!)
CHOIX DU GYNÉCOLOGUE	Libre pour examen préventif	Art. 6.2.2	(!)
CHOIX DE L'OPHTALMOLOGUE	Libre	Art. 6.2.1	(+)
CHOIX DU PÉDIATRE	Selon liste MPR	Art. 5.2	(!)
CHOIX DE LA PHARMACIE	Libre		(+)
MODIFICATION DE LA LISTE EN COURS D'ANNÉE	Non spécifié, mais changement MPR possible		(?)

Indications quant à d'autres restrictions supplémentaires.

AUTRES RESTRICTIONS			
FACTURE DE PHARMACIE	Tiers payant		(+)
GÉNÉRIQUES IMPOSÉS	Non spécifié		(+)
AUTRES RESTRICTIONS	Oui: délai de 30 jours pour l'envoi de factures	Art. 12.2	(!)
CHANGEMENT DE MODÈLE EN COURS D'ANNÉE	Déménagement hors zone, entrée en EMS, plus de liens avec MPR, retrait du modèle	Art. 4.2.1 Art. 13	(!) (!)

URGENCE ET AUTRES DÉROGATIONS			
DÉFINITION DE L'URGENCE	Non spécifié		
MODALITÉS SI URGENCE	Oui, se référer au MPR	Art. 5.4	(!)
AUTRE DÉROGATION MPR	Contrôle grossesse par obstétricien	Art. 6.2.3	

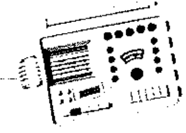
Les avertissements avant sanction et les sanctions sont autant de points sur lesquels il faut être très vigilant.

SANCTIONS			
AVERTISSEMENT	Non spécifié		(!)
SANCTIONS SI VIOLATION	Oui, perte de bonus et exclusion	Art. 10	(!)

REMARQUES			
	Rabais sur prime annuelle si respect des restrictions	Art. 9	(+)

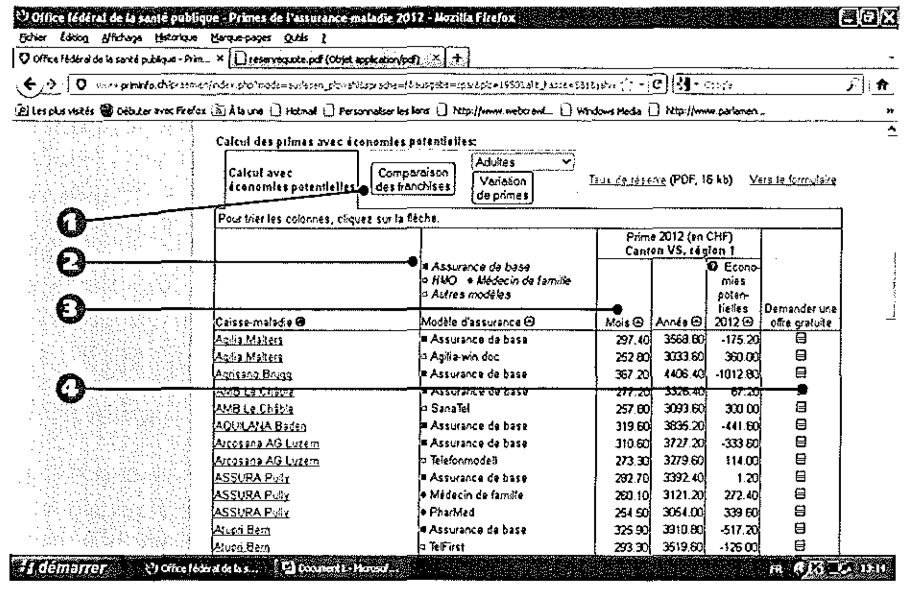
*MPR= médecin de premier recours

Le symbole (+) signifie une liberté de choix favorable à l'assuré
Le symbole (!) signifie une restriction à bien examiner
Le symbole (?) signifie qu'il faut se renseigner sur ce point



Priminfo.ch Mode d'emploi

Entrez: code postal, année de naissance, franchise souhaitée, accident ou pas, ainsi que caisse et modèle actuels (facultatifs). Cochez les modèles à afficher et cliquez sur «calculer et afficher». Sous le récapitulatif de votre saisie apparaît ceci:



❶ Cliquez pour une comparaison des autres franchises, ensuite cliquez en haut de la colonne qui vous intéresse (⊖)

❷ Dans cette colonne, une couleur pour chaque modèle (pour info, cliquez sur les ❷ du récapitulatif en haut de page)

❸ Cliquez sur ⊖ pour un tri par prime à chaque changement de page

❹ Cliquez pour remplir le formulaire de l'assureur. Vérifiez la franchise finale et les complémentaires impromptues!

Système Tiers garant ou tiers payant

Deux systèmes se côtoient: le tiers garant et le tiers payant. Avant d'opter pour un nouveau modèle ou une nouvelle caisse, il vous revient de vous renseigner sur le modèle de facturation retenu, compte tenu du manque de communication des caisses à ce propos. Par exemple, une personne avec passablement de frais médicaux ou des problèmes de liquidités a tout intérêt à éviter les caisses ou modèles conventionnels qui fonctionnent en tiers garant pour les factures de pharmacie. Bref rappel:

TIERS GARANT C'est le système prévu par défaut dans la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal). L'assuré paie lui-même ses factures et se fait rembourser par sa caisse, une fois la franchise annuelle atteinte.

TIERS PAYANT C'est le système selon lequel la caisse reçoit directement et paie elle-même certaines factures de prestataires de soins. L'assuré ne s'acquitte que de la franchise et de sa participation aux coûts. Les caisses peuvent décider par convention de se soumettre à ce système. V. M.

FACTURE DE PHARMACIE	TIERS GARANT: Assura, Supra, Sanagate, Maxi.ch, Sanitas Compact One et Intras TIERS PAYANT: toutes les autres caisses
FACTURE DE MÉDECIN	Toutes les caisses fonctionnent à ce jour selon le système du tiers garant
FACTURE D'HÔPITAL	Le système du tiers payant prédomine pour les traitements ambulatoires, sauf aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
FACTURE DE PHYSIOTHÉRAPIE	Les quelques physiothérapeutes indépendants signataires d'un accord tarifaire avec SantéSuisse sont en tiers payant. Les autres (90% d'entre eux) sont en tiers garant

Etat à octobre 2011

Pratique
Les pièges à éviter

Un comparateur vous permet de déterminer le poids des primes sur votre budget. Mais il ne vous informe pas des restrictions liées aux modèles proposés. Les fiches FRC complètent votre quête d'économies en apportant un éclairage sur le contenu du modèle choisi.

Restriction du choix de la pharmacie Vérifiez que les enseignes imposées sont à portée acceptable de votre domicile.

Conseils téléphoniques contraignants Privilégiez un modèle qui propose des conseils téléphoniques consultatifs plutôt que contraignants.

Pseudo-liberté de choix du gynécologue ou de l'ophtalmologue Parfois seuls les contrôles préventifs sont en libre choix, le reste devant obtenir l'aval du médecin de premier recours (MPR).

Choix dirigé du pédiatre La plupart des modèles ne permettent pas un libre choix du pédiatre, lequel doit être pris dans une liste prédéterminée.

Nombre d'avertissements avant sanction L'exclusion d'un modèle ou le refus de prendre en charge le traitement tombe parfois après le premier manquement. Mieux vaut le savoir!

Tiers garant ou tiers payant Même si le modèle paraît peu restrictif et bon marché, mieux vaut opter pour une caisse qui fonctionne selon le système du tiers payant pour les factures de pharmacie (lire ci-contre).

Listes restreintes du médecin de famille Ces modèles ne sont pas tous égaux quant au choix du praticien. Nos fiches indiquent les liens sur les listes des médecins, mais aussi les liens sur les conditions d'assurances.

V. M.

Pierre-François Unger «Les

Le ministre genevois en charge de la Santé a lutté jusque sous la Coupole fédérale pour plus de transparence dans le calcul des primes. Rencontre.

A Genève, la hausse de la prime moyenne annoncée pour l'an prochain représente 2,9% pour les adultes et les enfants, et 4,7% pour les jeunes adultes. Zoom sur le canton du bout du lac, connu pour avoir subi les primes les plus chères de Suisse romande.

Quel est votre sentiment sur ces primes 2012?

Ces augmentations peuvent paraître, à première vue, raisonnables, compte tenu notamment des incertitudes liées aux conséquences financières de l'entrée en vigueur du nouveau financement hospitalier. Cependant, je constate qu'elles s'appliquent à des primes qui, par le passé, ont été systématiquement surestimées par certains assureurs. Je ne peux dès lors que déplorer cette situation et les désapprouver.

Comment les primes peuvent-elles augmenter plus rapidement que les coûts?

Les primes doivent permettre aux assureurs de couvrir les coûts occasionnés par les soins, leurs frais administratifs ainsi que la constitution de réserves et de provisions suffisantes mais pas excédentaires. Or les assurés, notamment genevois, ont payé durant des années des primes couvrant bien plus que ces coûts et ont financé les coûts dans d'autres cantons *(financement croisé, ndlr)*. Nous avons systématiquement alerté l'OFSP, et notre persévérance a fini par payer, puisque le projet de loi sur la surveillance de l'assurance-maladie devrait prochainement être soumis au parlement (lire encadré).

Cette nouvelle loi suffira-t-elle à éviter ces réserves excessives ainsi que le financement croisé?

Ce dispositif est indispensable et permettra, du moins nous l'espérons, la fixation de primes correspondant aux coûts dans chaque canton. Son succès dépendra des moyens dont sera doté le nouvel organe de surveillance, mais, en principe, ces dysfonctionnements devraient disparaître, puisque cet organe pourra fixer véritablement les primes. Mais il faut aussi aux assureurs un modèle comptable commun, en l'absence duquel la ventilation des flux financiers n'est pas transparente.

Que pensez-vous du projet de correction des primes?

Nous aurions préféré que l'intégralité du trop-perçu soit remboursée aux assurés, mais nous acceptons ce compromis (lire encadré). C'est toujours mieux que rien, et cela démontre que notre interprétation des primes était correcte durant toutes ces années.

Propos recueillis par V. L.-G.

Un demi-remboursement

Un projet de modification de la LAMal prévoit que les assurés des cantons de VD, NE, GE, JU, ZH, BL, TG et TI recevront sur six ans environ 700 millions de francs des autres cantons. Concrètement, ces assurés bénéfieront chaque année d'un rabais de prime équivalent à ce qu'ils perçoivent déjà au titre de la répartition des taxes d'incitation CO^2 et composés organiques volatils (moins de 100 francs par an et par assuré). Ce montant représente la moitié de ce qu'ils ont payé en trop depuis 1996.

Ambulatoire hospitalier Un secte



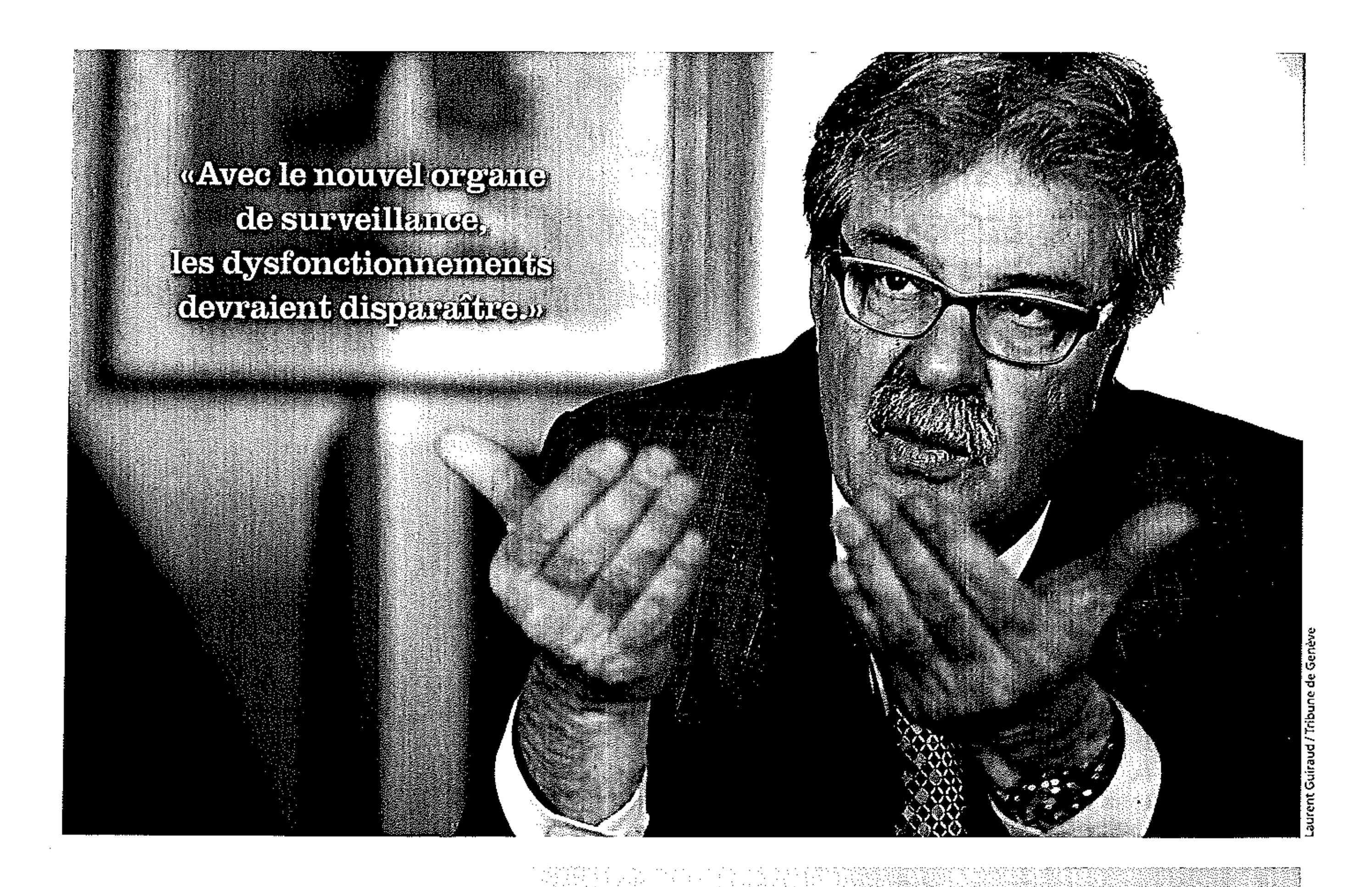
Michel Thentz dirige le Département de la santé du canton du Jura, un canton durement touché par la hausse des primes.

Les coûts du secteur ambulatoire hospitalier augmentent, ce qui fait grimper les primes. Comment l'expliquez-vous?

Il y a d'abord le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, dû à des progrès médicaux et technologiques. Ensuite, l'augmentation des consultations externes et des examens nécessitant une infrastructure hospitalière. Les exigences des assurés ont aussi évolué: ils souhaitent des examens pointus et sans délai; ils ont aussi davantage recours aux urgences hospitalières pour des cas dits bénins, par manque de disponibilité chez les médecins de premiers recours ou par conviction que la prise en charge sera plus «sûre» aux urgences. L'information à la population et la coordination des prestataires peuvent permettre de contrôler ces coûts.

Le transfert de prestations hospitalières en ambulatoire permet-il de réaliser des gains nets?

·ormes nous donnent raison»



Les caisses seront mieux surveillées

Le projet de loi sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale prévoit la création d'un organe de surveillance chargé notamment de la fixation des primes, qui doivent désormais couvrir les coûts. En d'autres termes, exiger des primes trop hautes ou trop basses ne sera plus autorisé. Par ailleurs, les caisses devront fixer leurs réserves en fonction de leurs risques (d'assurance, de marché, de crédit) et non plus, comme actuellement, selon un taux minimal non plafonné. Cela devrait éviter l'accumulation inutile de réserves.

:oujours plus coûteux

Un traitement ambulatoire peut se révéler moins cher qu'un séjour hospitalier, car la procédure médicale est souvent plus «légère» techniquement, avec un résultat comparable, voire meilleur et plus rapide. Mais les progrès technologiques qui permettent ce transfert ont souvent un coût supplémentaire. Il est donc très difficile de chiffrer le gain réel.

Donner aux cantons la compétence de planifier le secteur ambulatoire serait-il une solution?

La planification est un art périlleux, car il comporte une part d'aléatoire en termes de démographie, d'épidémiologie et de développement des prises en charge. Il s'agit plutôt, pour l'Etat, de définir les conditions-cadres ainsi que les lignes directrices d'une politique globale de la santé publique, et de laisser ensuite les partenaires jouer leurs rôles respectifs (médecins, hôpitaux, etc.), tout en garantissant une coordination globale afin de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients.

Propos recueillis par V. L.-G.

Initiatives L'une ou l'aut Et pourquoi pas les deu

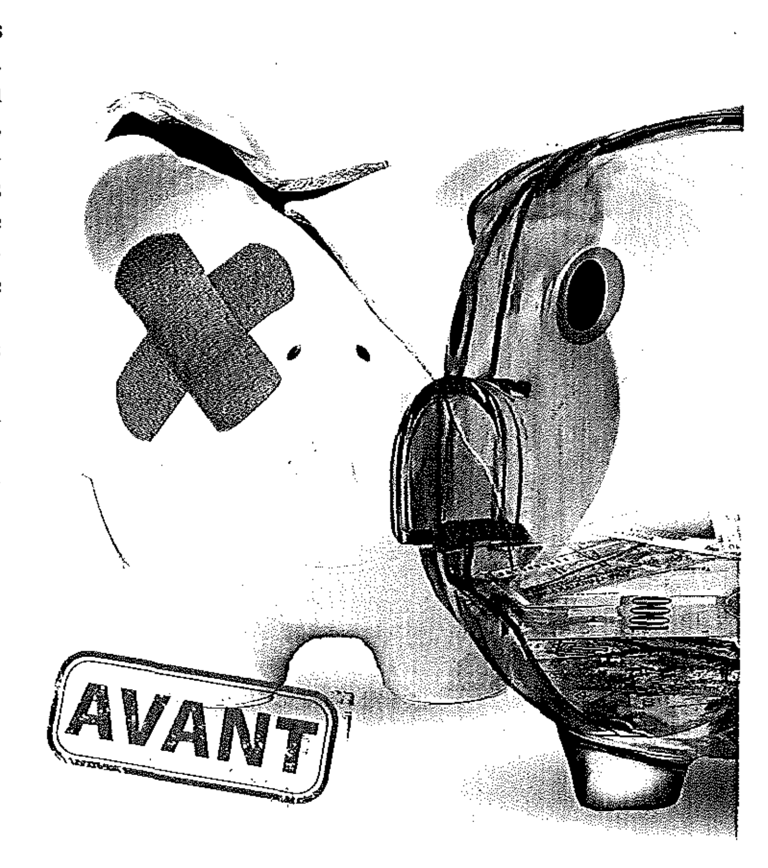
Pour défendre les intérêts des assurés, la FRC ne recule devant rien. Et surtout pa C'est ainsi qu'elle vous propose, dans ce numéro, deux initiatives populaires con

L'initiative sur la caisse maladie publique est issue d'une coalition large: assurés-consommateurs, patients, retraités, familles, partis politiques, infirmiers, sages-femmes, physiothérapeutes, médecins-assistants ou encore pharmaciens œuvrent pour le changement dans le système d'assurance-maladie.

Mais quid des médecins installés? Ils ne sont pas en reste: c'est en constatant que notre système d'assurance ne jouait pas en faveur de leurs patients que les médecins genevois, bientôt rejoints par ceux d'autres cantons, ont décidé d'agir en lançant l'initiative populaire «Transparence de l'assurance-maladie». Pratiquement tous les acteurs du domaine sanitaire sont donc réunis pour offrir deux solutions complémentaires à un même problème.

Traits communs

Les deux initiatives partent du constat selon lequel notre système d'assurance-maladie n'est pas transparent. Les assureurs, en effet, sont autorisés à pratiquer simultanément l'assurance de base et les assurances complémentaires. Or seules ces dernières peuvent légalement générer des bénéfices et choisir avec quels assurés elles veulent contracter. L'assurance de base, du fait qu'elle est obligatoire, devient une source de données administratives mais surtout médicales d'une valeur inestimable. En organisant la porosité entre les deux types d'assurances, les assureurs distinguent les bons risques des mauvais. Les deux initiatives visent à séparer définitivement ces types d'assurances. Dans l'initiative «Transparence», les assureurs doivent choisir quel type d'assurance ils souhaitent pratiquer. Dans l'initiative «Caisse publique», la séparation se fait automatiquement, du fait de la création d'une seule caisse maladie ne pratiquant que l'assurance de base.



Traits distinctifs

L'initiative «Transparence» n'entend pas s'attaquer au principe de concurrence entre les caisses, qui continueront de se livrer bataille chacune dans son domaine pour la conquête du marché des assurés. Or, du point de vue de la FRC, cela n'est pas satisfaisant. En effet, la sélection des risques dans l'assurance de base est accentuée du fait, justement, de ce système de concurrence. Afin de pouvoir offrir des primes attractives, les assureurs doivent optimiser leur structure de risques, c'est-à-dire qu'ils doivent compter avec le moins de clients âgés et/ou malades possible. Ce qui a des répercussions sur l'offre de soins et la maîtrise des coûts: les assureurs ne sont, par exemple, pas intéressés par la prise en charge coordonnée des patients chroniques, cela par crainte d'attirer trop de mauvais risques, ce qui ferait augmenter leurs primes. Sans compter les surcoûts administratifs de ce système – pensons aux changements de caisse. L'initiative «Caisse publique» propose donc la création d'une structure organisée en agences cantonales, proches des assurés.

Signer, oui, mais signer quoi?

L'initiative «Transparence» résout un problème ma-



e...

?

›ant le combat politique.
nt les caisses maladie.



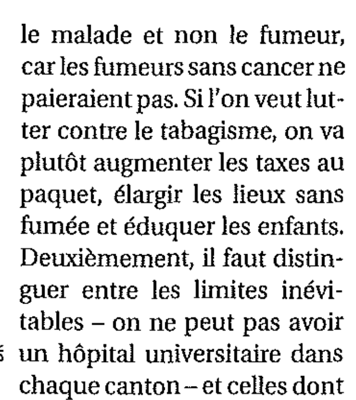
Creative Eneuk

jeur de notre système d'assurance. L'initiative «Caisse publique» fait de même, avec un pas de plus: la disparition d'une soi-disant concurrence qui n'apporte aux assurés que complexité et coûts inutiles. A chacun de décider jusqu'où il est prêt à changer le système actuel. Mais que ceux qui tiennent à la caisse publique n'hésitent pas à signer également l'initiative sur la transparence. V. L.-G.

LAMAL «N'oublions pas d'être solidaires»

Les primes élevées peuvent donner envie de tourner le dos à la solidarité. Le point de vue d'une éthicienne de la santé.

Trois questions à **Samia Hurst**, de l'Institut d'éthique biomédicale de l'Université de Genève.


DR

Quels sont les fondements de notre assurance-maladie ?

Un bon état de santé permet de faire des choix de vie dans une palette d'opportunités qui doit rester la plus large possible: il est une condition d'exercice de la liberté individuelle. D'un point de vue éthique, nous avons tous un droit légitime à exercer cette liberté. En conséquence, nous devons pouvoir accéder à la médecine, ce qui justifie la mise en place d'une assurance-maladie solidaire, c'est-à-dire obligatoire et non sélective en termes de risques. D'un point de vue pragmatique, comme on ne peut pas savoir si et quand la maladie frappera, il vaut mieux être assuré.

Le Tribunal fédéral a confirmé qu'un assureur a le droit d'arrêter de rembourser un traitement lorsqu'il considère que l'amélioration de l'état de santé est inférieure à son coût. Peut-on parler de rationnement?

Il s'agit surtout ici de poser des limites à l'utilisation de ressources pour des thérapies jugées trop peu efficaces en regard de leur coût. Pas seulement dans les cas individuellement très coûteux, mais également dans le cas d'interventions à faible coût qui s'appliqueraient à de très nombreux patients avec, au total, un coût très important. Il y a différentes contraintes à respecter pour poser des limites. Tout d'abord, il ne faut pas cibler des maladies particulières, ni exclure des gens, sous peine de mettre à mal la solidarité voulue par la LAMal : faire payer sa chimiothérapie à un fumeur souffrant d'un cancer du poumon serait injuste. Même en admettant que fumer soit un choix libre et qu'on veuille le décourager, ce serait faire payer le malade et non le fumeur, car les fumeurs sans cancer ne paieraient pas. Si l'on veut lutter contre le tabagisme, on va plutôt augmenter les taxes au paquet, élargir les lieux sans fumée et éduquer les enfants. Deuxièmement, il faut distinguer entre les limites inévitables – on ne peut pas avoir un hôpital universitaire dans chaque canton – et celles dont on peut débattre et qui doivent être discutées collectivement: combien de temps garde-t-on un patient aux soins intensifs lorsque l'espoir est très faible? Doit-on faire passer une IRM pour chaque mal de tête? Troisièmement, lorsque les limites sont posées, elles doivent s'appliquer à tous, sans privilège: le TF a rappelé ici l'égalité devant la loi. En résumé, cet arrêt aura eu le mérite d'activer le débat autour de ce que nous jugeons nécessaire et financièrement durable en termes d'offre.

Qui doit poser ces limites?

Idéalement, la réflexion doit se dérouler dans un cadre démocratique. Mais la loi ne peut pas tout prévoir. Des groupes d'experts, par exemple, ou le développement des lignes directrices cliniques peuvent régler l'application concrète de la loi en respectant la liberté thérapeutique. Actuellement, l'un des problèmes majeurs réside dans le déséquilibre du pouvoir de décision en faveur des assureurs-maladie. Il fragilise la marge de manœuvre des professionnels de soins, car les médecins-conseil des assureurs peuvent opposer leur veto sans pour autant véritablement connaître le cas clinique. Poser des limites de manière légitime exige plus. Au minimum, de telles décisions doivent être transparentes, argumentées et sujettes à procédure d'appel.

Propos recueillis par V. L.-G.



Retrouvez le comparateur de primes de l'OFSP, les fiches FRC et nos bonus web sur Frc.ch